

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :


- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1688 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HARIBE AHMED
Date de naissance : 10-03-1950
Adresse : 204173
Tél. : 0662372117 Total des frais engagés : 1500,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Bronchite
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 03/05/2024
Signature de l'adhérent(e) : MHR

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23.02.2023	Consultation	CS	3000A	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LUXEMBOURGEOISE Lamia MANDRE P.L. Lot. Yasmina les Crêtes blanca - Tél.: 0522 85 55 55	27/2/2024	1200,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/2/24		

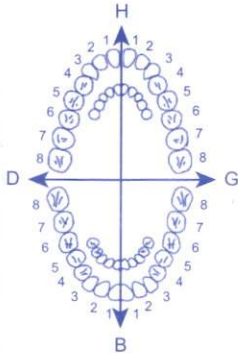
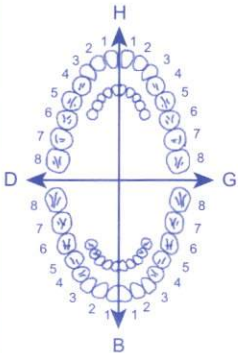
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<div style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

GTIN 18901117248882
LOT IB30452
EXP 01/2025
S/N 18940716367629

PPV: 189 DH 50

Casablanca, le : 23/4/24

وصفة طبية
Ordonnance



GTIN 18901117248882
LOT IB30452
EXP 01/2025
S/N 84796714367709

PPV: 189 DH 50

GTIN 18901117248882
LOT IB30452
EXP 01/2025
S/N 3557232862969

PPV: 189 DH 50

PHARMACIE LUXEMBOURG
Lamia MANDRE
24, Lot. Yasmina les Crêtes ①
Casablanca - Tél.: 0522 85 55 56/57

Mr Haribe Ahmed

6 118001 04 1060
BRONCHODUAL 50 µg/20 µg/dose
(Bromhydrate de fénoterol/Bromure d'ipratropium anhydre)
Solution pour inhalation en flacon pressurisé
Flacon de 200 doses
BOTU S.A. PPV: 102 DH 90

189,50 - Toracort 200
x3

2 bouffes le matin 1 bouffes le soir

102,90 - Bronchodual
x3

2 bouffes à la demande

161,80 - Tiova
x2

1 gel/j

1200,80

PHARMACIE LUXEMBOURG
Lamia MANDRE, ①
24, Lot. Yasmina les Crêtes

PPV: 161 DH 80



GTIN 18901117253435
LOT BA32087
EXP 01/2025
S/N 80289653366303



GTIN 18901117253435
LOT BA30301
EXP 06/2024
S/N 72867141720662

PPV: 161 DH 80

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Dr YASSINE NAJRA
Directeur de Spécialité Pneumologie



091035477

6 118001 04 1060
BRONCHODUAL 50 µg/20 µg/dose
(Bromhydrate de fénoterol/Bromure d'ipratropium anhydre)
Solution pour inhalation en flacon pressurisé
Flacon de 200 doses
BOTU S.A. PPV: 102 DH 90

6 118001 04 1060
BRONCHODUAL 50 µg/20 µg/dose
(Bromhydrate de fénoterol/Bromure d'ipratropium anhydre)
Solution pour inhalation en flacon pressurisé
Flacon de 200 doses
BOTU S.A. PPV: 102 DH 90

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 23/02/2024
Numéro : 31 182



090061862

Nom patient : HARIBE AHMED

Médecin : PR. YASSINE NAJIBA
Pneumologie

2400836482

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

Handwritten signature and stamp:
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 22 89 28 54
contact@hck.ma
www.hck.ma